

Contrôle des factures sous SwissDRG

La révision du codage externe et professionnelle permet de garantir la protection des données

Gabriela Lang^a,
Hanspeter Kuhn^b,
Beatrix Meyer^c,
Petra Ingenpass^d,
Judith Wagner^e

a avocate, Service juridique de la FMH

b avocat, secrétaire général adjoint de la FMH

c responsable du Service tarifaire de la FMH et du domaine SwissDRG

d Dr. méd. responsable suppléante du domaine SwissDRG de la FMH

e Dr. sc. hum., responsable eHealth de la FMH

A partir du 1^{er} janvier 2012, les soins hospitaliers aigus seront rémunérés dans toute la Suisse selon les forfaits par cas liés au diagnostic (DRG). Les cantons et les assureurs assument chacun leur part des coûts. La part du canton s'élève à 55 % au moins.

En vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42 al. 3 LAMal).

Mais quelles sont les indications nécessaires à cet effet? Cette question entraîne régulièrement des controverses entre les partenaires du domaine de la santé. L'obligation au secret médical et le respect de la protection des données des patients/assurés sont en contradiction avec l'intérêt des assureurs à effectuer des contrôles.

Traitement des données personnelles – qu'en est-il?

Il est important de savoir que le *principe de la proportionnalité* (art. 4 al. 2 LPD) ancré dans la loi fédérale sur la protection des données (LPD) est applicable au traitement des données personnelles: seules peuvent être traitées les données qui sont nécessaires et aptes à remplir la tâche concrète fixée – et il ne doit pas exister d'instrument permettant d'atteindre le même objectif en intervenant de manière moins importante (principe de l'intervention minimale).

Dans le cadre du nouveau financement hospitalier, le législateur n'a à juste titre pas modifié un passage clé de la LAMal. L'art. 42 al. 4 LAMal aura toujours la teneur suivante: «L'assureur peut exiger un diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical.»

La proposition Humbel Näf a par contre été retirée avant les votations. Dans un nouvel al. 4^{bis}, cette proposition prévoyait en effet ce qui suit: «En présence de forfaits par cas liés aux prestations, le fournisseur de prestations indique sur la facture toutes les données nécessaires à la détermination de forfaits par cas corrects, y compris notamment les diagnostics et procédures pertinents» [1].

Ce n'était donc pas l'intention du législateur que de communiquer de manière courante à l'assureur les diagnostics et procédures précis de tous les pa-

tients hospitalisés. Le principe de la progression par étapes tel que postulé depuis des années par le Préposé à la protection des données sera toujours valable: si des questions restent ouvertes après la facturation, l'assureur peut demander des indications plus détaillées.

Les assureurs demandent toutes les indications requises pour le groupage des cas

Les assureurs sont d'avis qu'ils devraient recevoir de manière personnalisée – et donc ni de façon anonyme ni sous forme pseudonymisée – toutes les indications nécessaires pour le groupage des cas. Sous le terme dissimulateur de «Minimum Data Set», ils veulent avoir accès entre autres choses à l'ensemble des diagnostics principaux et secondaires ainsi qu'à tous les traitements des patients sous forme de codes [2]. On peut lire par exemple sur le site Internet d'un grand assureur: «Le MDS est un ensemble de données clairement défini également exigé par l'OFS (Office fédéral de la statistique). Il n'y a donc pas de frais supplémentaires pour l'hôpital. Les assureurs-maladie n'envisagent pas de procéder à la codification ultérieure dans les cas individuels. Par une procédure statistique, ils déterminent les cas qui peuvent être analysés de plus près» [3].

Pour mémoire: l'Office fédéral de la statistique ne collecte pas ces données de manière personnelle mais anonyme. Et si la demande de transmettre l'ensemble des données de l'OFS à l'assureur – pour ainsi dire pour plus de commodité – doit être prise pour argent comptant, certaines données qui ne sont absolument pas pertinentes pour le groupage DRG sont aussi concernées.

Les cantons travaillant avec un système DRG se concentrent sur la révision professionnelle et externe du codage

Les cantons qui utilisent déjà les forfaits par cas liés aux diagnostics pour les factures se concentrent sur la révision professionnelle et externe du codage. Aucun canton ne postule qu'il devrait, pour pouvoir contrôler sa contribution aux coûts de traitement hospitalier, recevoir des données personnalisées comme le Minimum Data Set réclamé par les caisses-maladie [4]. Le représentant de la CDS met lui aussi l'accent sur l'importance centrale de la révision du codage en corrélation avec l'introduction des SwissDRG [5].

1 BO 2007 N 442–446.

2 Cf. Kaufmann S. Stand der Einführung des DRG-Systems in der Schweiz – aus Sicht der Krankenversicherer. Dans: Gesundheitssysteme im Wandel, Rebscher H, Kaufmann S (publié). 2009; *Economica*, p. 256 N 11; Protection des données et DRG du point de vue de santé suisse, par Monsieur Wolfram Strüwe, Helsana SA, Zurich, lors de la session de printemps 2010 de la SSCM du 27 avril 2010, Berne.

3 Site Internet de la CSS, consulté pour la dernière fois le 9 août 2010.

Correspondance:
Service juridique FMH
Case postale 170
CH-3000 Berne 15
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

lex@fmh.ch

H+: révision professionnelle et externe du codage en lieu et place d'un Minimal Data Set

H+ a demandé un avis juridique qui a été publié en mars 2008. Les experts Elisabeth Lang et Roland Miotti sont arrivés à la conclusion qu'avec les DRG il s'agit d'un «contrôle général de la fourniture des prestations sur la base de critères économiques qualitatifs et quantitatifs et d'un contrôle de rentabilité au moyen d'une comparaison des coûts moyens».

En revanche, ils poursuivent: «La transmission systématique de données en vertu de l'art. 42 al. 3 LAMal n'est toutefois pas conçue pour des informations approfondies par individu au cas par cas. Les informations individuelles approfondies – parmi lesquelles on devrait compter le Minimal Data Set – doivent se baser, avec les modalités y relatives, sur l'art. 42 al. 4 LAMal. Si l'on se rallie à cette appréciation, la transmission du Minimal Data Set constituerait une faute de droit pénal et de protection des données (violation du secret du patient et du droit à l'autodétermination en matière d'informations)»[6].

Conseil fédéral: l'assureur a besoin de données personnelles, mais leur conservation doit se faire sous forme pseudonymisée

Le commentaire sur la révision de l'OAMal en 2009 [7] stipule à la page 4 de sa partie générale sur le contrôle des factures et la mise à disposition de données pour le développement du système tarifaire: «L'introduction de forfaits liés aux prestations sous la forme de forfaits par cas sur la base du diagnostic implique la communication de données par les fournisseurs de prestations aux assureurs. (...) La transmission de ces données personnelles aux assureurs est indispensable, car ils en ont besoin pour contrôler les factures. Elles servent en outre au développement du système tarifaire, ainsi qu'au contrôle de la mise en œuvre du système par les services chargés de cette tâche, les données étant pseudonymisées et non pas liées aux personnes.»

Dans la partie spéciale, on peut également lire ce qui suit concernant la facturation: «La conservation des données [dans la loi sur la protection des données; NDA] n'étant pas réglée, l'al. 1^{er} fixe que les données seront conservées sous forme pseudonymisée et que seul le médecin-conseil de l'assureur peut abroger cette mesure» [8].

Il est clair que la facture doit être liée aux personnes. Mais il est clair aussi que le Conseil fédéral ne mentionne nullement la communication *systématique et détaillée* des diagnostics et des procédures avec la facture. Le Conseiller fédéral Couchepin avait déjà mentionné ce qui suit au Conseil national lors du débat sur le financement des hôpitaux: «...la transmission de diagnostics généraux nécessaires pour le traitement administratif de cas ordinaires est permise, mais des indications plus détaillées peuvent être exigées le cas échéant ultérieurement» [9].

Le Tribunal administratif fédéral demande des mesures d'accompagnement

Le jugement du Tribunal administratif fédéral du 29 mai 2009 (C 6570/2007) est basé sur une convention tarifaire conclue entre santésuisse et les hôpitaux publics de Berne qui convenait entre autres de la transmission systématique des diagnostics au moment de l'hospitalisation et de la transmission systématique des codes de diagnostic et d'intervention avec la facture. Le Conseil-exécutif du canton de Berne avait refusé de donner son accord sur ces deux points, mais il avait approuvé la convention tarifaire. Sur la base du recours formé par santésuisse, le Tribunal administratif fédéral devait décider si le Conseil-exécutif du canton de Berne avait refusé à juste titre de donner son accord.

Contrairement à l'avis du Conseil-exécutif, il est arrivé à la conclusion que la loi sur l'assurance-maladie constituait une base légale suffisante pour la transmission systématique de codes de diagnostics et d'interventions convenue dans la convention tarifaire. Mais il a estimé qu'un tel accord n'était admissible que si ses modalités précises étaient régies par les parties sur la base du principe de l'intervention minimale. En l'occurrence, la convention tarifaire en question ne contenait entre autres aucune règle sur les modalités précises de la transmission des données. Le Tribunal est d'avis que les données sur les maladies considérées comme «sensibles», «respectivement ressenties comme stigmatisantes par une partie (importante) de la population» ne doivent pas être transmises sous forme standardisée mais communiquées uniquement au médecin-conseil. Il convient en outre d'apporter dans la convention les précisions nécessaires dans le sens du principe de proportionnalité et de protection des données. Il faut notamment définir quelles informations seront exclusivement transmises au médecin-conseil. De plus, il y a lieu de signaler expressément aux patients qu'ils peuvent demander la transmission des informations médicales au médecin-conseil. Le Tribunal administratif fédéral est arrivé à la conclusion que le Conseil-exécutif avait refusé de donner son accord à juste titre mais pas pour la bonne raison.

Le Tribunal administratif fédéral n'a pas discuté de la possibilité d'une révision professionnelle et externe du codage ni de l'importance de cet instrument par rapport à la proportionnalité de la transmission systématique des données personnelles aux assureurs.

Le Préposé à la protection des données du canton de Berne sur l'application du jugement de 2009

Le Préposé à la protection des données du canton de Berne a déclaré le 30 avril 2010 dans son rapport au Conseil-exécutif entre autres choses ce qui suit:

«Du point de vue du droit sur la protection des données, le jugement aborde la matière complexe de façon trop peu différenciée. (...) Il convient de tenir également compte du fait que le Tribunal administratif fédéral s'est basé dans sa décision sur le décompte

4 C'est un collaborateur d'un service externe de révision du codage qui a signalé lors de la session de printemps 2010 de la SSCM du 27 avril 2010 à Berne la situation remarquable en vertu de laquelle les cantons, qui financent la plus grande partie des frais d'hôpital, se concentrent sur la révision indépendante et externe du codage en tant qu'instrument de contrôle approprié alors que seul son «partenaire junior», l'assurance-maladie, souhaite recevoir des données personnelles détaillées. Honni soit qui mal y pense.

5 Cf. le vice-président de la CDS, Carlo Conti, dans le CDS santé de mai 2009: «Les règles de facturation comportent une série de mesures qui régissent l'indemnisation en cas de réadmission dans l'hôpital, de transfert ou de retransfert. Elles préviennent ainsi la génération artificielle de cas et garantissent que les patients sont traités aussi longtemps que nécessaire. Un contrôle uniforme du codage assure le classement correct des prestations. Conçue en tant que monitoring, une exploitation statistique de données structurelles et sur les prestations décèle les effets indésirables.»

6 Lang, Miotti, avis de droit du 28 mars 2008 sur la transmission des données de patients aux assureurs à l'intention de H+ Les Hôpitaux de Suisse, extrait de la conclusion, p. 75 et ss. (Trad. FMH).

7 Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications du 1^{er} janvier 2009, Teneur des modifications et commentaire.

8 Révision OAMal, op. cit. page 9.

9 AB 2007 N 445.

traditionnel lié aux prestations et non pas sur le modèle de décompte s'appuyant sur les forfaits par cas. Il en résulte que les arguments développés dans le jugement ne sont pas applicables sans autres à la convention tarifaire basée sur les forfaits par cas. (...) Les caisses-maladie interprètent le jugement – probablement aussi sur la base de la convention relative à la structure tarifaire qui prévoit, au chiffre 8.1 al. 2, la

transmission intégrale des codes – de telle sorte que le transfert des données du code tout entier est toujours justifié. Dans son jugement, le Tribunal administratif fédéral ne s'est toutefois pas exprimé concrètement sur la transmission des codes entiers. Il a simplement indiqué que plus un code est détaillé, plus les «mesures d'accompagnement» doivent être nombreuses. (...)»

La position de la FMH:

La révision professionnelle et externe du codage en tant qu'instrument central de contrôle

Il est incontesté que le codage est décisif pour les factures et qu'un contrôle adéquat du codage est nécessaire. Ce contrôle ne peut être effectué que sur la base du dossier médical du patient. La révision professionnelle et externe du codage est l'instrument approprié à cet effet. Cette révision est «externe», parce qu'elle est effectuée par un réviseur indépendant et «professionnelle», parce que les réviseurs sont qualifiés.

La révision professionnelle et externe du codage est l'instrument approprié

La révision professionnelle et externe du codage «compare les dossiers de patients au codage. Elle intervient ainsi là où les erreurs peuvent se produire et être identifiées. La révision est systématiquement effectuée par des échantillons significatifs et réguliers» [10]. Les critères d'examen sont définis dans un règlement uniforme au niveau suisse. Il est précisé à ce sujet à l'art. 59d al. 2 OAMal: «Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (Diagnosis Related Groups), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage. La demande d'approbation doit être accompagnée de documents supplémentaires sur les exigences à remplir par les hôpitaux pour pouvoir être retenus dans le cadre de l'élaboration de la structure tarifaire.» «La protection des données (en cas de révision professionnelle et externe du codage, remarque des auteurs) est optimale, l'efficacité élevée. Les assureurs n'ont pas tous à mettre chacun en place des mécanismes de contrôle, et tous les hôpitaux sont traités de la même façon» [11].

La révision a lieu une fois par an dans l'hôpital concerné. Le réviseur est désigné *en commun* par les parties contractantes et les hôpitaux ont un droit de

proposition. Si les parties contractantes n'arrivent pas à se mettre d'accord, le canton est souverain pour la désignation du réviseur. La révision est effectuée sur la base d'échantillons que le réviseur prélève au hasard en collaboration avec l'hôpital parmi tous les cas facturés pendant l'exercice selon le système DRG. Pour la première révision après l'introduction du système DRG, la taille de l'échantillon est fixée à 180 cas dans les hôpitaux non universitaires. Pour les hôpitaux universitaires, elle est fixée à 300 cas. Le réviseur code chaque cas de l'échantillon au moyen du *dossier complet des patients*, autrement dit le codage d'origine est connu. Et il vérifie également que le codage initial de l'hôpital et la facturation coïncident. Il doit rédiger un rapport sur le résultat de sa révision. Les informations contenues dans le rapport de révision ne doivent pas permettre de tirer des conclusions au sujet de l'identité des patients [12].

La révision du codage n'est pas une chimère mais une réalité dans bien des cantons qui utilisent déjà les forfaits par cas liés aux diagnostics pour les décomptes. Et la révision du codage aura également lieu dans le cadre des SwissDRG, car les partenaires en ont convenu ainsi [13].

Le «Minimum Data Set» devrait en fait s'appeler le «cimetière de données maximum»

Estimations statistiques sur la base de données anonymes

L'objectif du système DRG est entre autres de permettre de comparer les coûts moyens de manière aussi pertinente que possible. Ces comparaisons sont effectuées au moyen de données anonymes. Les experts Lang et Miotti l'ont correctement indiqué en 2008.

Contrôles de cas individuels par le médecin-conseil

En corrélation avec les contrôles de cas individuels, le médecin-conseil assume un important rôle de

- 10 Hölzer S, Bienlein M. H+ Palais fédéral septembre 2007. p. 3.
- 11 Hölzer S, Bienlein M. H+ Palais fédéral, septembre 2007. p. 3.
- 12 Règlement sur l'exécution de la révision du codage dans le cadre des SwissDRG; version 1.0 du 12.6.2009.
- 13 Règlement sur l'exécution de la révision du codage dans le cadre des SwissDRG; version 1.0 du 12.5.2009.
- 14 On utilise ici le terme scientifique usuel de Minimal Data Set. Les assureurs-maladie parlent depuis peu de Minimum Data Set.
- 15 Grouper: «L'affectation d'une hospitalisation à un système DRG donné est effectuée par le biais d'un logiciel de regroupement appelé «Grouper». L'algorithme de classification est basé sur les données médico-administratives des cas.» (cf. les définitions sur le site web de SwissDRG: www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Wichtige_Begriffe.asp?navid=16).

conseiller qualifié et de filtre pour les assurances-maladie.

Le Minimal Data Set est inadéquat et excessif

Le Minimal Data Set [14] permet à l'assureur uniquement de contrôler «si le programme de calcul SwissDRG, appelé Grouper [15] fonctionne correctement. Cela devrait être le cas, étant donné que le Grouper est mis à disposition par SwissDRG SA. En revanche, le codage, la rentabilité et l'adéquation ne peuvent pas être contrôlés de cette manière et la protection des données est négligée» [16]. H+ l'a déjà indiqué comme il convient en 2007. Si les assureurs souhaitent faire contrôler le groupage par le programme Grouper, la certification du logiciel est une solution appropriée mais il est inutile de faire passer plusieurs fois les mêmes données par le software.

Les assureurs sont conscients du fait que la majorité des factures sont correctes et que le rapport entre le coût et l'utilité d'un examen détaillé systématique serait disproportionné. Ils prétendent qu'ils souhaitaient pouvoir, avec le Minimum Data Set, séparer les factures incorrectes des factures correctes [17]. Si les assureurs «veulent déterminer, par une procédure statistique» «les cas qui peuvent être analysés de plus près» [18], le fait qu'ils reçoivent à cet effet avec chaque facture tous les diagnostics principaux et secondaires et toutes les procédures détaillées liés aux personnes constituerait un exemple de collecte des données abusive à consigner dans les manuels. Le «Minimum Data Set» devrait en fait s'appeler le «cimetière de données maximum». Il ne faut pas en arriver là. (Ou les assureurs souhaitent-ils éventuellement recevoir toutes les données afin de pouvoir pratiquer une sélection accrue des risques?)

Une liste des diagnostics délicats ou des informations moins détaillées ne sont pas des solutions envisageables

Le Tribunal administratif fédéral et le Préposé à la protection des données du canton de Berne demandent

à juste titre une limitation de la transmission des diagnostics et des procédures aux assureurs-maladie. Mais les ébauches de solution proposées ne sont pas praticables:

- Dans la pratique, il n'est pas possible de dresser une liste des diagnostics stigmatisants ou délicats. Les informations considérées comme sensibles dépendent avant tout des valeurs et de la situation sociale concrète du patient. Le législateur du canton de Genève a clairement identifié ce problème. Il donne en effet à chaque patient le droit de qualifier certaines parties de ses données de stigmatisantes et d'en restreindre ainsi l'accès à ceux qui le traitent.
- Supprimer les diagnostics ou les procédures du Minimal Data Set ou les présenter de façon moins détaillée n'a aucun sens dans le cadre du système DRG, parce que le groupage ne pourrait dans ce cas plus être retracé. Cette façon de faire provoquerait donc tout simplement des questions des assureurs-maladie.

Etant donné que le jugement du Tribunal administratif fédéral ne traite pas de la question de l'instrument central de la révision professionnelle et externe du codage, il a un temps de retard sur la réalité en vigueur dans de nombreux cantons et ne peut donc pas servir de décision principale.

Conclusion

La combinaison d'une révision professionnelle externe du codage avec les comparaisons des coûts moyens effectuées par les assureurs sur la base de données anonymisées, est adéquate.

Le fait de communiquer à l'assureur les diagnostics et procédures détaillés des patients avec chaque facture serait par contre inadéquat, inutile, excessif et n'a pas été prévu par le législateur.

16 Hölzer S, Bienlein M. H+ Palais fédéral, septembre 2007; p. 3.

17 Cf. Kaufmann S. Stand der Einführung des DRG-Systems in der Schweiz – aus Sicht der Krankenversicherer. Dans: Gesundheitssysteme im Wandel, Rebscher H, Kaufmann S (publié). 2009; Economica. p. 256 N 12.

18 Site de la CSS, consulté en date du 9 août 2010.